

De Richtlijn Detox in de ambulante verslavingzorg

Toon van Oosteren, Alex Roomer en Jan Thomas*

Inleiding

In 2004 is in het kader van het programma Resultaten Scoren de 'Richtlijn Detox: verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie' opgesteld (Resultaten Scoren, 2004). De Richtlijn Detox biedt een basis voor het handelen van arts en verpleegkundige. IrisZorg¹ heeft indertijd als een van instellingen gefungeerd die de richtlijn in de klinische en ambulante praktijk hebben ontwikkeld en uitgetoetst. Inmiddels implementeerden acht van de elf grote verslavingszorginstellingen de richtlijn in hun praktijk (Spits, Schippers & Buisman, 2008).

Op grond van praktijkervaringen is de richtlijn door IrisZorg aangevuld met een aantal modules en werkwijzen. Die aanvullingen zijn gebaseerd op de ervaring dat cliënten met afhankelijkheidsproblematiek doorgaans te kampen hebben met een tekort aan structuur, motivatie en fysieke fitheid. Dit leidde tot het door IrisZorg ontwikkelde aangepaste programma Ambulante Detox. Dit programma bestaat uit de Richtlijn Detox aangevuld met:

- dagelijks contact op werkdagen (structuur en motivatie);
- tweemaal per week een groepsbijeenkomst (structuur en motivatie);
- fysieke revalidatie (tweemaal per week);
- actief outreachend beleid (bij dreigende uitval);
- actieve betrokkenheid van een partner of relevante andere;

* Drs. T.A. van Oosteren is psychiater bij IrisZorg te Arnhem. E-mail: t.oosteren@iriszorg.nl.

Drs. A. Roomer is onderzoeker bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction.

Drs. J.M.J. Thomas is onderzoeker bij IrisZorg te Arnhem.

¹ IrisZorg is de juridische opvolger van De Grift, Gelders Centrum voor Verslavingszorg, na fusie met enkele instellingen voor maatschappelijke opvang in Gelderland.

- medische achterwacht buiten kantooruren.

Belangrijke vragen bij de ontwikkeling van het programma waren of er voldoende cliënten passen in een dergelijk programma, in welke mate de doelstelling abstinentie wordt bereikt, hoe cliënten het programma waarderen en of er onvoorziene complicaties zijn.

In dit artikel beschrijven we het programma Ambulante Detox en presenteren we de resultaten van de behandeling van vijftien cliënten.

Opzet

Er is gekozen voor een weging ambulant versus klinisch volgens de Richtlijn Detox (2004). Belangrijke criteria die een rol spelen in de weging zijn de klinische impressie, beschikbaarheid van behandeling, mate van motivatie en te verwachten ernst van de onthoudingspathologie (Lowinson, Ruiz, Millman & Langrod, 2005; De Jong, Dijkstra & De Jong, 2005). De instroom verliep via de reguliere instroom, waarbij cliënten een psychosociale screening (middels de Addiction Severity Index ofwel ASI) en een medische screening ondergingen. Toetsing van de criteria vond plaats in een multidisciplinair team (arts, psychiater, maatschappelijk werker en psycholoog).

Ambulante Detox

Het programma Ambulante Detox wordt beschouwd als een onderdeel van een groter zorgtraject. Ambulante Detox is te typeren als een medisch-verpleegkundig programma, waarin het medisch behandelen van de patiënt tijdens zijn proces van ontgiften centraal staat. Het programma bestaat uit een module voor medisch-verpleegkundig handelen, voor een ondersteuningscursus en voor fysieke revalidatietraining. Voor het medisch-verpleegkundig deel dat de kern van het programma vormt, wordt de Richtlijn Detox vrijwel volledig gevolgd. Er wordt gebruik gemaakt van de ervaringen in de klinische sector met de medicamenteuze behandelmogelijkheden, van de standaarden voor arts en verpleegkundigen en van het vademecum en de instrumenten om het proces van detoxificeren te monitoren. De andere twee modules zijn aanvullingen op de richtlijn. Het programma vraagt van de cliënt een tijdsinvestering van gemiddeld twaalf tot veertien uur per week en duurt gemiddeld vier weken.

MEDISCHE BEHANDELING

Het medisch gedeelte, dat wordt uitgevoerd door de arts en verpleegkundigen, bestaat in hoofdlijn uit:

- algemeen medisch onderzoek;

- voorschrijven van medicatie afgestemd op de specifieke situatie van de cliënt;
- monitoren van detox-specifieke processen (o.a. onthouding, craving, slapeloosheid), op basis waarvan de medicatie en het individuele programma worden bijgesteld.

De arts heeft tweemaal per week contact met de patiënt. Doelstelling is controle van de medische toestand, toetsing van de actuele relevantie van de medicatie en toetsing van de motivatie van de cliënt. Dit alles gebeurt op basis van anamnese, informatie van de verpleegkundige en indien noodzakelijk lichamelijk onderzoek. De verpleegkundigen hebben elke werkdag contact met de patiënt. Zij besteden aandacht aan het monitoren van lichamelijke aspecten (o.a. de fysieke conditie), van progressie in het algemeen en van afstemming tussen de verschillende trajecten van het programma. Instrumenten die de verpleegkundigen gebruiken zijn de Subjectieve Onthouding Schaal (SOS), Objectieve Onthouding Schaal (OOS) en Visual Analoge Scale (VAS). Daarnaast wordt gebruik gemaakt van urine- en ademanalyse.

LICHAMELIJKE ACTIVERING EN GROEPSONDERSTEUNING

Naast het medisch gedeelte maken twee andere modules deel uit van het programma Ambulante Detox: de fysieke revalidatietraining en de ondersteuningscursus. Deelname aan beide modules is verplicht. (Voor het programma van fysieke revalidatietrainingen en ondersteuningscursus zie Thomas, 2007.)

- *Fysieke revalidatietraining.* Deze module wordt uitbesteed aan een fysiotherapiepraktijk. Tweemaal per week, zestig minuten per keer, heeft de patiënt contact met een fysiotherapeut. Doelstelling is het verhogen van de fysieke en mentale draagkracht, vanuit de veronderstelling dat dit de motivatie voor het programma bevordert. Tevens is de gedachte dat (langdurige) verslaving leidt tot passiviteit. Deze module kan dit leefpatroon doorbreken. Uit onderzoek naar beweging als onderdeel van de behandeling van nicotineverslaving, weten we dat inzet van bewegen in ieder geval geen negatief effect heeft en mogelijk kan bijdragen aan het stoppen met het verslavingsgedrag (Jain, 2003). De exacte inhoud van de module wordt individueel afgestemd op de fysieke klachten en/of verbeterpunten van de patiënt. De training wordt in ieder geval begonnen en afgerond met een meting van de fysieke conditie.
- *Groepsondersteuning.* De behandelaren van IrisZorg zijn, op basis van hun expertise, van mening dat een ondersteuningscursus een wezenlijk onderdeel van de interventie moet zijn. Deze

ondersteuningscursus, in de vorm van een open groep, wordt uitgevoerd door groepsmaatschappelijk werkers van Polikliniek Zuid van IrisZorg. Tweemaal per week, gedurende vier weken, wordt er gewerkt volgens de methodiek van terugvalpreventie. De ondersteuningscursus, bestaande uit acht modules, richt zich op het vergroten van zelfcontrole en besteedt tevens aandacht aan het herkennen van en leren omgaan met risicosituaties.

SPECIFIEKE WERKWIJZEN

Een van de criteria voor toewijzing naar Ambulante Detox is de aanwezigheid van een significante andere (partner, familielid of vriend). Het wordt aangemoedigd om deze persoon zoveel mogelijk bij de activiteiten van het programma te betrekken. Aanwezigheid van hen bij de verpleegkundige intake en bij de afsluiting van het programma is min of meer verplicht gesteld.

Belangrijk bij de algehele opzet is dat er binnen het programma direct gereageerd wordt op de afwezigheid van een cliënt. Wanneer een cliënt niet op tijd is bij een afspraak met arts of verpleegkundige, neemt de verpleegkundige direct telefonisch contact op met de cliënt of, wanneer deze niet bereikbaar is, de significante andere. Iemands afwezigheid bij de cursus of fysieke revalidatietraining wordt meteen gemeld bij de verpleegkundigen. Deze aanpak blijkt afdoende om dreigende uitval te voorkomen.

De medische achterwacht buiten kantooruren is ondergebracht bij de algemene achterwacht van IrisZorg. Noodzakelijk is wel dat de digitale dossiers up-to-date zijn, wat betreft voorgeschreven medicijnen, concrete afspraken met de cliënt en de voortgang.

Cliënten

Er waren voldoende patiënten die in aanmerking wilden komen voor het programma. Specifieke werving bij verwijzers hoefde in het kader van de pilot niet plaats te vinden. De eerste groep bestond uit tien mannen en vijf vrouwen. De leeftijd varieerde van 21 tot 63 jaar (gemiddelde leeftijd 43 jaar). Vijf cliënten waren gehuwd, tien cliënten waren ongehuwd (waarvan drie gescheiden). Tien cliënten hadden een mbo-studie of een studie van een hogere niveau afgerond. Tien cliënten waren alcoholafhankelijk, drie cliënten waren cannabisafhankelijk, één cliënt was cocaïneafhankelijk en één cliënt was heroïneafhankelijk. De gemiddelde duur van de afhankelijkheid was vijf tot tien jaar. Er is beperkt gekeken naar comorbide stoornissen; dat wil zeggen alleen naar het onderzoek van de arts en dossieronderzoek. Op basis daarvan kan gezegd worden dat de comorbiditeit in deze groep

beperkt was. Er was tweemaal sprake van een angststoornis, gedeeltelijk in remissie. Er was tweemaal sprake van een depressieve stoornis in remissie en er was tweemaal sprake van misbruik van andere middelen. Op as II is geen diagnostiek gedaan.

Voorafgaand aan de behandeling is geen onderzoek gedaan naar motivatie en aanwezigheid van structuur bij cliënten, hetgeen de hypothesen, zoals beschreven in de inleiding, mogelijk zou kunnen onderbouwen. De vooronderstelling dat cliënten over een slechte lichamelijke conditie beschikken is wel onderzocht. De metingen (Astrand Fiets Test en VO_2 max voor bepaling van de aërobe zuurstofopnamecapaciteit) lieten een algemeen beeld zien dat de fysiotherapeut omschreef als 'slecht' tot 'zeer slecht'.

Resultaten

Alle vijftien cliënten hebben het programma afgerond. In de eerste meting, direct na afloop van de behandeling, waren veertien van de vijftien cliënten abstinente van alle middelen. Eén cliënt viel terug in gebruik tijdens het programma, de andere veertien waren direct na afronding van het programma abstinente. Bij de tweede meting, zes weken na beëindigen van het programma, waren nog dertien van de vijftien personen abstinente voor het hoofdmiddel (volgens de doelstelling). Van deze personen waren er zeven volledig abstinente, vier abstinente maar met een eenmalige terugval en twee abstinente voor het hoofdmiddel (volgens de doelstelling). Twee personen waren werkelijk teruggevallen in gebruik.

De cliëntwaardering voor het totale programma lag hoog, met een gemiddeld cijfer van 8,6 op een tienpuntsschaal, gemeten met de CliëntSatisfactie Monitor (GRIP, 2005; gebaseerd op Aarsse & Van den Brink, 2002). Er waren geen programmaonderdelen die op basis van de meting bijgesteld moesten worden.

Tot besluit

De richtlijn zoals opgesteld door Resultaten Scoren blijkt in de ambulante praktijk goed uitvoerbaar. Een pilot werd door het gehele team als een succes ervaren. Cliënten meldden vrijwel unaniem dat zij hun problemen beter herkenden en meer grip kregen op hun problemen. Zij gaven aan dat hun klachten waren afgenomen en dat er in hun dagelijks leven een verbetering te constateren was. Veertien van de vijftien cliënten waren direct na afloop van het programma abstinente. Na zes weken waren nog dertien van hen abstinente. Alle deelnemers begonnen met een vervolgbehandeling. Verder lieten alle cliënten zich lovend uit over het programma en de betrokkenen medewerkers. De

intensiteit van de controle werd als prettig ervaren, al hadden sommige cliënten moeite met het verplichte karakter van de groepsbijeenkomsten.

Het team hechtte in de evaluatie groot belang aan de goede communicatie over en met cliënten over de momenten van absentie. Dit werd direct gecommuniceerd en er werd direct contact opgenomen met de cliënt. Aangetekend dient te worden dat het om een kleine groep cliënten ging. Wel is de weging gedaan volgens de criteria in de richtlijn. (De gemiddelde scholing van de groep lijkt wat hoger dan van de gemiddelde cliënt. We weten niet wat voor effect dit heeft gehad op de uitkomsten.)

Voorafgaand verwachtten wij dat veel cliënten het intensieve ambulante programma niet zouden kunnen volhouden. Hierbij baseerden we ons op eerdere studies waaruit bleek dat de drop-out bij ambulante detoxificatie groter was dan bij intramurale detoxificatie. Uit een gerandomiseerde studie bij patiënten met alcoholafhankelijkheid die ambulante detoxificatie volgden, blijkt dat 72% de detoxificatie afmaakte (Hayashida e.a., 1989). Deze vrees bleek onterecht, want slechts één persoon brak het programma voortijdig af. (Dit was tevens de enige cliënt die niet abstinente was na de vier weken van de pilot.) Het intensieve programma werd als een steun ervaren door cliënten om het programma af te maken.

Detoxificatie staat niet op zichzelf; het is een stap in het totale behandelproces. Het is echter wel een belangrijke stap in het proces naar het lange-termijndoel van rehabilitatie. Het grote aantal mensen dat zes weken na het programma Ambulante Detox abstinente was, stemt positief. Echter, onderzoek met een andere opzet (randomisatie en controlegroep), langere follow-up en een grotere onderzoekspopulatie is nodig om daadwerkelijk te kunnen spreken van een gunstig effect van het programma Ambulante Detox. Ook omdat ander onderzoek aantoonde dat behandeluitkomsten meer te maken hebben met patiëntkenmerken dan met de setting van detoxificatie (Hayashida, 1998).

Tevens dient in verder onderzoek bekeken te worden welke specifieke werkzame elementen maken dat cliënten het programma succesvol afronden. Het is niet duidelijk of er binnen de groep cliënten waren die met een minder intensief programma ook abstinente geworden zouden zijn. Onderzoek zal moeten uitwijzen welke elementen bijdragen aan het succes en welke elementen geen toegevoegde waarde hebben. Of anders uitgedrukt: zijn we straks in staat om iedere cliënt een toegesneden detoxprogramma aan te bieden, dat inspeelt op diens

niveau van motivatie, het eventueel ontbreken van een structuur en op de fysieke conditie? De toch al relatief goedkope ambulante variant kan daardoor mogelijk nog kosteneffectiever worden.

Literatuur

- Aarsse, R., & Brink, W. van den (2002). *Clïëntsatisfactie in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Een prospectief onderzoek naar determinanten en de relatie met behandeluitkomst*. Amsterdam: AIAR.
- Hayashida, M. (1998). An overview of outpatient and inpatient detoxification. *Alcohol Health and Research World*, 22, 44-46.
- Hayashida, M., Alterman, A.I., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Purtill, J.J., Volpicelli, J.R., Raphaelson, A.H., & Hall, C.P. (1989). Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *New England Journal of Medicine*, 321, 399-401.
- Jain, A. (2003). Treating nicotine addiction. *British Medical Journal*, 327, 1394-1395.
- Jong, M. de, Dijkstra, B.A.G., & Jong, C.A.J. de (2005). *Verantwoord ontgiften: farmacologische behandeling van detoxificatie en behandelingssetting. Literatuurstudie*. In GGZ Nederland, *Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B., & Langrod, J.G. (Eds.) (2005). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Resultaten Scoren (2004). *Richtlijn Detox. Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Utrecht: GGZ Nederland
- Spits, M., Schippers, G.M., & Buisman, W. (2008). *Scoort Resultaten Scoren resultaten? Evaluatie 2005-2008*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Thomas, J.M.J. (2007). *Verantwoord ontgiften, rapportage van de implementatie van de Richtlijn Detox*. Arnhem: IrisZorg.